

# 成人看護学実習における看護技術経験の実態と自己効力感との関連

## Relationship between Technical Experience Level and Self-Efficacy in Clinical Practice of Adult Nursing

織田千賀子<sup>1)</sup>・足立はるゑ<sup>1)</sup>・伊藤 奈奈<sup>1)</sup>

Chikako ODA, Harue ADACHI, and Nana ITOU

**抄録：**看護基礎教育における臨地実習は既習の知識・技術を統合し、看護実践能力を身につける重要な科目である。本研究は、2007年厚生労働省から提示された「看護師・保健師教育技術項目と卒業時の到達度」の内容を、学生が成人看護学実習において経験した技術の実態を調査し、自己効力感との関連をみることにより、教育上の資料を得ることを目的とした。経験率の高い技術は、「症状・生体機能管理援助」「活動・休息援助」など5項目であった。慢性期実習、急性期実習と技術経験を重ねることにより、自信をつけていることが推測された。「行動の積極性」得点が高いほど到達度に到達していた。一方、「能力の社会的位置づけ」得点が低いほど、到達度に到達していなかった。自己効力感が高いほど経験率が高く、技術修得に向けて主体的に実習へ取り組んでいた。一方、能力の社会的位置づけが低い場合、自信がなく消極的になる可能性があることが示唆された。

**キーワード：**看護学生／臨地実習／看護技術／到達状況／自己効力感

### I. はじめに

2007年厚生労働省から「看護基礎教育の充実に関する検討会報告」がなされた。そこでは、今日の医療の高度化、高齢社会の到来、在宅医療の推進といった看護を取り巻く医療環境の変化に伴い、新卒看護師の看護実践力が乏しいこと、卒業時一人でできる看護技術が少ない等の問題が提示された。新卒看護師の看護実践力は、基礎教育での臨地実習に委ねられている現状から、看護実践力を高めるには学生の技術経験をある程度多くする必要があると考える。それには、学生自身の意欲や積極性が求められる。本学においても学生の経験の幅を広げる努力をしているが、臨地実習は学生にとって少なからずストレスや困難感が伴い、心理的に落ち込む場合もある。学生は実習に対してどの程度自信をもっているだろうか。Bundura (1977)<sup>1)</sup>は、ある行動をする際にどれくらい遂行できるかという確信の程度を表す自己効力感が、行動の開発や意欲を向上させると述べている。看護基礎教育における臨地実習においても、実習前の自己効力感が実習での実践に影響を及ぼし、ひいては技術経験量に影響を与えることが予測される。臨地実習での自己効力感に関する先行研究は、実習前後の自己効力感の変化とその要因<sup>2)</sup>、実習終了後の自己効力感と看護過程展開の達成感との関連<sup>3)</sup>を分析したもの等がある。しかし、実習前の自己効力感と技術経験量との関連を分析し

たものはみあたらない。学生時代にある程度の看護技術経験をもつことは、卒後の看護実践力の糧となり得るため重要であると考え。そこで、成人看護学実習における学生の看護技術経験の実態と自己効力感との関連を明らかにすることを目的とした。

### II. 目的

2008年厚生労働省医政局から提示された「看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」(厚生労働省医政局看護課、2008)<sup>4)</sup>のうち、「単独で実施できる」、「指導のもとで実施できる」看護技術に着目して、学生が成人看護学実習において、どの程度経験しているか、その実態を調査し、実習前後の自己効力との関連を明らかにすることにより、教育上の資料を得ることを目的とした。

### III. 用語の操作的定義

成人看護学実習：慢性期3単位、急性期3単位で構成されており、慢性期の実習履修後に急性期の実習を履修するもの。

看護技術：「成人看護学 基本看護技術学修シート(以下、技術学修シート)」に定めている16項目149具体的技術経験：成人看護学実習(慢性期)および成人看護学実習(急性期)において、実施した看護技術を「技術学

1) 看護リハビリテーション学部看護学科

修シート」に記載されたもの。

到達：成人看護学実習（慢性期）および成人看護学実習（急性期）において、「技術学修シート」の技術が、「単独で実施できるもしくは助言・指導のもとで実施できる」と学生が自己評価したもの。

## Ⅳ. 研究方法

### 1. 研究デザイン

無記名自記式質問紙による量的記述的研究とした。

### 2. 研究の対象

2016年度に成人看護学実習を履修する学生75名に、研究の趣旨、方法、プライバシーに関することなどを説明し、同意の得られた者を対象とした。

### 3. 調査期間

2016年4月～2017年1月

### 4. データ収集方法

- 1) 成人看護学実習中に、学生が「技術学修シート」に記入した看護技術の経験回数と到達度を教員が確認し、実習終了後に提出を求めた。
- 2) 自己効力感について、自己式質問紙法により、実習前後に一斉に行った。

### 5. 調査内容

①看護技術の経験について：学生が提出した「技術学修シート」から経験状況と到達度を調査した。「技術学修シート」は、「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度（厚生労働省医政局看護課、2008）<sup>4)</sup>で示された技術項目や水準を基本的枠組みとし、本学の各看護専門領域の講義・演習内容から技術項目を抽出し分類・整理したものである。なお、「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」は13項目142の具体的技術に分類されているのに対し、本学の成人看護学の技術学修シートは、看護の基盤となるコミュニケーション技術、患者を生活者として捉え社会生活や命を尊び看護が実践できるよう「コミュニケーション技術」、「指導技術」、「看取りの技術」項目を追加し16項目（以下、大項目）で構成されている。また、「術後ベッドの準備」「関節可動域の査定」「深部静脈血栓症の予防」など臨地実習で見学や経験すると考えられる技術を追加し149の具体的技術（以下、小項目）で構成されている。（表4）。各技術の卒業時の到達レベルについては、「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」に則り【レベルⅠ：単独で実施できる（以下、レベルⅠ）】【レベルⅡ：助言・指導のもとで実施できる（以下、レベルⅡ）】【レベルⅢ：学内演習でできる】【レベルⅣ：知識としてわかる】とした。到達状況は、学内演習後、慢性期の実習後、急性期の実習後に、自身の到達レベルをⅠ～Ⅳの間で自己評価する。

②自己効力感について：学生の自己効力感の変化を実習前後で知るために、一般性セルフエフィカシー尺度（General Self-Efficacy Scale；以下、GSES）を使用した。

この尺度は、坂野・東條<sup>5)</sup>によって、個人が行動をきちんと遂行できるかどうかという予期の一般的な自己効力感の傾向を測るために開発されたものであり、信頼性、妥当性について実証されている。GSESは、「行動の積極性」7項目、「失敗に対する不安」5項目、「能力の社会的位置づけ」4項目の3因子、16項目から構成されており、を「はい：1点」「いいえ：0点」の2件法（逆転項目あり）で行い、3つの下位尺度に含まれる各項目の合計得点を尺度得点とし、得点が高いほど自己効力感が高いと判断される。

### 6. 倫理的配慮

調査にあたり、「技術学修シート」の使用および「自己効力感」に関する質問紙調査の依頼について、以下の手順をとった。

- (1) 成人看護学実習オリエンテーション時に、「技術学修シート」は、卒業までに習得すべき看護技術と卒業時達成度を確認し、看護実践能力を身につけるために学習課題を明確にすることを目的とした教育の一環であるため、全員への記入を求めることを説明した。
- (2) 成人看護学実習オリエンテーション終了後に、説明書を用いて調査目的・方法を説明し、「技術学修シート」の使用許可および自己効力感に関する質問紙調査の依頼を申し出た。
- (3) 説明書に以下の点を記載した。
  - ①研究の趣旨と目的
  - ②参加は自由意志であり、不参加の場合も不利益がない事
  - ③途中中断も可能である事
  - ④成績等とは一切関係なく、実習評価とは別に取り扱う事
  - ⑤得られた情報の守秘を遵守し、データは記号化し個人が特定されないように留意する事
  - ⑥本研究目的以外には、得られた情報を使用しない事
- (4) 同意書および「自己効力感」の調査用紙の回収は、教員不在の休憩時間などに提出できるよう教室の外に回収BOXを終日設置した。
- (5) 同意書の提出をもって同意が得られたとし、同意が得られた学生の「技術学修シート」および「自己効力感」の調査用紙のみ使用した。
- (6) 個人が特定できないように、「技術学修シート」と調査用紙に各自の携帯電話の下4桁の記載を求め、マッチングさせた。マッチング後は、個人を追跡できないように下4桁を別の記号を振り、対応表は破棄した。
- (7) 「技術学修シート」は、入力後速やかに本人に返却し、回収した調査用紙については鍵のかかる場所で厳重に保管した。また、データはセキュリティー機能付きのフラッシュメモリーで管理し、鍵のかかる場所で厳重に保管した。
- (8) 本報告は、本学科成人看護学の実習で経験した看護技術の実態を把握し教育に活かす目的であり、分析に

あたっては個人を特定することができないように集団の経験率と達成状況等を算出し、そのデータのみを分析した。

なお、本研究において利益相反は一切なく、中部学院大学倫理委員会の承認（E16-0001）を得て実施した。

## 7. 分析方法

分析は、SPSSstatistics23forWindows を用いて記述統計、相関などの分析をした。採用度は kolmogorov-Smimov の検定で正規分布を示さなかったため、ノンパラメトリック検定を行い、有意水準 5% とした。

1) 看護技術の評価については、レベルⅠ・Ⅱに求められている技術を抽出した。項目ごとに技術の経験回数と経験率の平均値と標準偏差を算出した。技術の到達度については、学生が「レベルⅠ・Ⅱ」に到達したものと自己評価した技術の合計数を項目ごとに、平均割合を算出した。

2) 自己効力感について、逆転項目は項目の数字を逆転して数量化し、各因子の合計得点を算出した。自己効力感の変化をみるために、GSES の実習前と実習後の変化について Wilcoxon の符号付き順位検定により分析した。

そして、先行研究<sup>6)</sup>を参考に GSES の合計得点から「低群」0～4 点の低群、「普通群」5～8 点、「高群」9～16 点の 3 群に分類し比較検討した。

3) 自己効力感と看護技術の経験及び到達状況との関連をみるために、Spearman の順位相関係数を算出した。

## V. 結 果

対象者学生 75 人のうち、64 人（回収率 85.3%）、そのうち 56 人（有効回答 87.5%）を分析対象とした。

### 1. 対象者の背景

対象者の背景を表 1 に示した。性別では、男性 11 人（19.6%）、女性 45 人（80.4%）で、平均年齢は  $21.0 \pm 1.54$  歳（範囲：20～28 歳）、住居は自宅：32 人（57.1%）、1 人暮らし 24 人（42.9%）であった。

表 1. 回答者の属性 n = 56

項 目	人	(%)
年齢	20歳	49 (87.5)
	21歳	4 (7.8)
	23歳	1 (2.0)
	27歳	1 (2.0)
	28歳	1 (2.0)
	平均	21.0 $\pm$ 1.5
性別	男	11 (19.6)
	女	45 (80.4)
住居	自宅	32 (57.1)
	1人暮らし	24 (42.9)

表 2. GSES の実習前後の変化 n = 56

	実習前	実習後
行動の積極性	$3.1 \pm 2.0$	$3.0 \pm 2.0$
失敗に対する不安	$2.4 \pm 1.6$	$2.4 \pm 1.7$
能力の社会的位置づけ	$1.3 \pm 1.2$	$1.6 \pm 1.3$
GSES 合計得点	$6.7 \pm 3.4$	$7.0 \pm 3.7$

## 2. 看護学生の自己効力感の実態

GSES の実習前後の変化を表 2 に示した。実習前  $6.7 \pm 3.4$ 、実習終了後  $7.0 \pm 3.7$  であり、前後に有意な関連はみられなかった。GSES の実習前後の合計得点を表 3 に示した。0～4 点の低群は、実習前 17 人（30.4%）が実習後には 13 人（23.2%）であった。5～8 点の普通群は、実習前 21 人（37.5%）が実習後には 23 人（41.1%）であった。9～16 点の高群は実習前 15 人（26.8%）が実習後は 20 人（35.7%）であった。したがって、実習前後の自己効力感の変化は、有意差はないものの、低群が減少し、中群と高群が増加していることより、実習後に自己効力感が高まる傾向が伺える。

表 3. GSES 合計得点の実習前後の割合 n = 56

	人	(%)	人	(%)
低群	17	(30.4)	13	(23.2)
普通	21	(37.5)	23	(41.1)
高群	15	(26.8)	20	(35.7)
無回答	3	(5.4)	0	(0.0)

## 3. 成人看護学実習における看護技術の経験状況

### 1) 成人看護学実習で経験した看護技術の経験率(大項目)

成人看護学実習で経験した看護技術を大項目別に経験率を図 1 に示した。経験率 80% 以上の看護技術は、慢性期の実習では、「活動・休息援助技術」「症状・生体機能管理技術」が 100%、「環境調整技術」98.2%、「感染予防技術」96.4%、「清潔・衣生活援助技術」96.4%、「食事の援助技術」92.9%、「コミュニケーション技術」86%であり、急性期では、「症状・生体機能管理技術」が 100%、「活動・休息援助技術」「清潔・衣生活援助技術」「環境調整技術」94.6%、「感染予防技術」91.1%、「食事の援助技術」「排泄援助技術」85.7%、「創傷管理技術」82.1%、「コミュニケーション技術」80.4%であった。一方、「与薬技術」は、慢性期・急性期共に 40% 台と低かった。したがって、日常生活援助技術は経験しているが、与薬などの診療補助技術の経験率は低い傾向にあることが伺える。

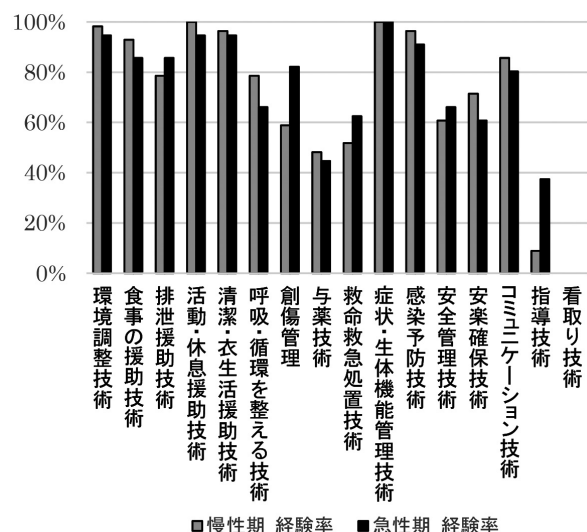


図 1. 成人看護学実習で経験した技術の経験率 n = 56



表 4. 成人看護学実習における「レベルⅠ・Ⅱ」の看護技術の習得状況（経験状況と到達状況）

レベルⅠ：単独で実施できるレベル、Ⅱ：助言・指導のもとで実施できる

太字：経験率80%以上 n=56

大項目	小項目の技術	レベル Ⅰ・Ⅱ	慢性期				急性期			
			経験者数	経験率	到達者数	到達率	経験者数	経験率	到達者数	到達率
環境調整 技術	快適な病床環境整備	Ⅰ	50	(89.3)	48	(85.7)	51	(91.1)	49	(87.5)
	ベッドメイキング	Ⅰ	48	(85.7)	48	(85.7)	46	(82.1)	48	(85.7)
	臥床患者のリネン交換	Ⅱ	33	(58.9)	54	(96.4)	34	(60.7)	51	(91.1)
	術後ベッドの準備：保温	Ⅱ	1	(1.8)	13	(23.2)	16	(28.6)	27	(48.2)
	術後ベッドの準備：物品	Ⅱ	0	(0.0)	10	(17.9)	14	(25.0)	26	(46.4)
食事の援 助技術	食事介助（嚥下障害）	Ⅰ	20	(35.7)	15	(26.8)	8	(14.3)	14	(25.0)
	食事摂取状況のアセスメント	Ⅰ	46	(82.1)	21	(37.5)	41	(73.2)	25	(44.6)
	経管栄養患者の観察	Ⅰ	14	(25.0)	9	(16.1)	4	(7.1)	8	(14.3)
	栄養状態のアセスメント	Ⅱ	40	(71.4)	47	(83.9)	40	(71.4)	46	(82.1)
	患者の疾患に応じた食事指導	Ⅱ	12	(21.4)	50	(89.3)	11	(19.6)	50	(89.3)
	経管栄養の注入	Ⅱ	5	(8.9)	6	(10.7)	3	(5.4)	8	(14.3)
排泄援助 技術	自然排便を促す援助	Ⅰ	16	(28.6)	10	(17.9)	19	(33.9)	16	(28.6)
	自然排尿を促す援助	Ⅰ	13	(23.2)	10	(17.9)	15	(26.8)	12	(21.4)
	床上排泄	Ⅰ	10	(17.9)	7	(12.5)	7	(12.5)	10	(17.9)
	膀胱留意カテーテルの観察	Ⅰ	14	(25.0)	7	(12.5)	35	(62.5)	13	(23.2)
	ポータブルトイレでの排泄援助	Ⅱ	4	(7.1)	24	(42.9)	0	(0.0)	21	(37.5)
	おむつ交換	Ⅱ	37	(66.1)	48	(85.7)	31	(55.4)	50	(89.3)
	失禁患者のケア	Ⅱ	13	(23.2)	29	(51.8)	6	(10.7)	34	(60.7)
	膀胱留置カテーテルの管理	Ⅱ	9	(16.1)	16	(28.6)	17	(30.4)	24	(42.9)
活動・休 息援助技 術	車椅子移送	Ⅰ	39	(69.6)	43	(76.8)	41	(73.2)	47	(83.9)
	杖歩行の介助	Ⅰ	30	(53.6)	26	(46.4)	28	(50.0)	29	(51.8)
	廃用症候群のリスクアセスメント	Ⅰ	24	(42.9)	13	(23.2)	18	(32.1)	18	(32.1)
	睡眠を意識した日中の活動	Ⅰ	33	(58.9)	20	(35.7)	24	(42.9)	25	(44.6)
	患者の睡眠状態のアセスメント	Ⅰ	23	(41.1)	18	(32.1)	22	(39.3)	19	(33.9)
	臥床患者の体位変換	Ⅱ	31	(55.4)	50	(89.3)	28	(50.0)	50	(89.3)
	ベッドから車椅子への移乗	Ⅱ	27	(48.2)	45	(80.4)	23	(41.1)	48	(85.7)
	廃用症候群予防の運動	Ⅱ	13	(23.2)	27	(48.2)	20	(35.7)	36	(64.3)
	安静保持	Ⅱ	27	(48.2)	39	(69.6)	19	(33.9)	42	(75.0)
	体動制限による苦痛の緩和	Ⅱ	10	(17.9)	26	(46.4)	19	(33.9)	34	(60.7)
	ベッドからストレッチャーへ移乗	Ⅱ	16	(28.0)	27	(48.2)	9	(16.1)	30	(53.6)
	ストレッチャー移送	Ⅱ	17	(30.4)	29	(51.8)	11	(19.6)	28	(50.0)
	関節可動域訓練	Ⅱ	10	(17.9)	23	(41.1)	11	(19.6)	31	(55.4)
	関節可動域の査定（MMT）	Ⅱ	10	(17.9)	18	(32.1)	13	(23.2)	26	(46.4)
	深部静脈血栓症予防	Ⅱ	8	(14.3)	17	(30.4)	31	(55.4)	39	(69.6)
清潔・衣 生活援助 技術	入浴前・中・後の観察	Ⅰ	30	(53.6)	22	(39.3)	27	(48.2)	28	(50.0)
	足浴・手浴	Ⅰ	35	(62.5)	24	(42.9)	14	(25.0)	24	(42.9)
	清拭援助を通して観察	Ⅰ	40	(71.4)	22	(39.3)	46	(82.1)	35	(62.5)
	洗髪援助を通して観察	Ⅰ	19	(33.9)	17	(30.4)	19	(33.9)	24	(42.9)
	口腔ケアを通して観察	Ⅰ	27	(48.2)	16	(28.6)	16	(28.6)	23	(41.1)
	身だしなみを整える援助	Ⅰ	40	(71.4)	34	(60.7)	33	(58.9)	37	(66.1)
	臥床患者の寝衣交換	Ⅰ	25	(44.6)	23	(41.1)	23	(41.1)	31	(55.4)
	入浴の介助	Ⅱ	28	(50.0)	40	(71.4)	24	(42.9)	42	(75.0)
	陰部の清潔保持	Ⅱ	38	(67.9)	44	(78.6)	28	(50.0)	48	(85.7)
	臥床患者の清拭	Ⅱ	26	(46.4)	42	(75.0)	31	(55.4)	43	(76.8)
	臥床患者の洗髪	Ⅱ	9	(16.1)	22	(39.3)	6	(10.7)	25	(44.6)
	口腔ケア（意識障害なし）	Ⅱ	4	(7.1)	19	(33.9)	3	(5.4)	20	(35.7)
	口腔ケアの計画	Ⅱ	15	(26.8)	25	(44.6)	15	(26.8)	31	(55.4)
	点滴中の患者の寝衣交換	Ⅱ	15	(26.8)	27	(48.2)	18	(32.1)	35	(62.5)

大項目	小項目の技術	レベル Ⅰ・Ⅱ	慢性期				急性期			
			経験者数	経験率	到達者数	到達率	経験者数	経験率	到達者数	到達率
呼吸・循環を整える技術	酸素吸入療法中の観察	Ⅰ	14	(25.0)	9	(16.1)	14	(25.0)	10	(17.9)
	温罨法・冷罨法	Ⅰ	14	(25.0)	12	(21.4)	17	(30.4)	18	(32.1)
	体温調節	Ⅰ	20	(35.7)	13	(23.2)	21	(37.5)	20	(35.7)
	部分浴・罨法・マッサージ	Ⅰ	21	(37.5)	16	(28.6)	16	(28.6)	19	(33.9)
	酸素吸入療法の実施	Ⅱ	6	(10.7)	11	(19.6)	2	(3.6)	13	(23.2)
	気道内加湿（ネブライザー）	Ⅱ	4	(7.1)	10	(17.9)	0	(0.0)	11	(19.6)
創傷管理技術	創傷発生のアセスメント	Ⅰ	17	(30.4)	12	(21.4)	22	(39.3)	14	(25.0)
	褥瘡予防のケア計画	Ⅱ	15	(26.8)	44	(78.6)	25	(44.6)	54	(96.4)
	褥瘡予防の実施	Ⅱ	11	(19.6)	39	(69.6)	24	(42.9)	54	(96.4)
	患者の創傷の観察	Ⅱ	20	(35.7)	32	(57.1)	34	(60.7)	45	(80.4)
与薬技術	経口薬 服薬後の観察	Ⅱ	17	(30.4)	28	(50.0)	13	(23.2)	33	(58.9)
	経皮・外用薬の投与前後の観察	Ⅱ	7	(12.5)	21	(37.5)	5	(8.9)	20	(35.7)
	直腸内与薬の投与前後の観察	Ⅱ	1	(1.8)	11	(19.6)	2	(3.6)	11	(19.6)
	静脈内注射中の輸液の管理	Ⅱ	13	(23.2)	23	(41.1)	20	(35.7)	28	(50.0)
救命救急処置技術	緊急時の応援要請	Ⅰ	9	(16.1)	23	(41.1)	6	(10.7)	25	(44.6)
	意識状態の観察	Ⅱ	27	(48.2)	47	(83.9)	30	(53.6)	47	(83.9)
症状・生体機能管理技術	バイタルサイン測定	Ⅰ	56	(100.0)	51	(91.1)	56	(100.0)	52	(92.9)
	身体計測	Ⅰ	13	(23.2)	24	(42.9)	9	(16.1)	22	(39.3)
	一般状態の変化に気づく	Ⅰ	37	(66.1)	27	(48.2)	36	(64.3)	31	(55.4)
	系統的な症状の観察	Ⅱ	30	(53.6)	48	(85.7)	37	(66.1)	51	(91.1)
	患者の状態のアセスメント	Ⅱ	45	(80.4)	50	(89.3)	48	(85.7)	53	(94.6)
	尿検査の正しい取扱い	Ⅱ	4	(7.1)	17	(30.4)	3	(5.4)	20	(35.7)
	簡易血糖測定	Ⅱ	4	(7.1)	19	(33.9)	7	(12.5)	23	(41.1)
	検査の患者準備	Ⅱ	9	(16.1)	17	(30.4)	7	(12.5)	17	(30.4)
	検査の介助	Ⅱ	11	(19.6)	18	(32.1)	8	(14.3)	21	(37.5)
	検査後の安静保持	Ⅱ	5	(8.9)	17	(30.4)	5	(8.9)	19	(33.9)
	検査前，中，後の観察	Ⅱ	9	(16.1)	18	(32.1)	10	(17.9)	21	(37.5)
感染予防技術	スタンダード・プリコーションに基づく手洗い	Ⅰ	52	(92.9)	52	(92.9)	6	(10.7)	52	(92.9)
	必要な防護用具の装着	Ⅱ	45	(80.4)	51	(91.1)	41	(73.2)	51	(91.1)
	使用した器具の感染防止の取扱い	Ⅱ	30	(53.6)	46	(82.1)	30	(53.6)	46	(82.1)
	感染性廃棄物の取り扱い	Ⅱ	24	(42.9)	44	(78.6)	25	(44.6)	46	(82.1)
	無菌操作	Ⅱ	7	(12.5)	25	(44.6)	8	(14.3)	23	(41.1)
	針刺し事故防止の対策	Ⅱ	0	(0.0)	20	(35.7)	0	(0.0)	20	(35.7)
	滅菌ガウンの装着	Ⅱ	5	(8.9)	18	(32.1)	12	(21.4)	22	(39.3)
	滅菌手袋の装着	Ⅱ	2	(3.6)	15	(26.8)	1	(1.8)	17	(30.4)
安全確保の技術	インシデント・アクシデント報告	Ⅰ	4	(7.1)	28	(50.0)	4	(7.1)	26	(46.4)
	災害発生時の指示に応じた行動	Ⅰ	1	(1.8)	23	(41.1)	3	(5.4)	20	(35.7)
	患者を誤認しないための防止策	Ⅰ	10	(17.9)	31	(55.4)	20	(35.7)	30	(53.6)
	患者の状況に合わせた環境調整	Ⅱ	27	(48.2)	45	(80.4)	31	(55.4)	48	(85.7)
	患者の状況に合わせた事故予防	Ⅱ	27	(48.2)	47	(83.9)	28	(50.0)	47	(83.9)
	放射線暴露防止の防止	Ⅱ	6	(10.7)	16	(28.6)	7	(12.5)	17	(30.4)
安楽確保の技術	安楽な体位	Ⅱ	39	(69.6)	47	(83.9)	32	(57.1)	46	(82.1)
	安楽促進のケア	Ⅱ	22	(39.3)	41	(73.2)	23	(41.1)	41	(73.2)
	精神的安寧を保つ計画	Ⅱ	17	(30.4)	30	(53.6)	13	(23.2)	31	(55.4)
コミュニケーション技術	傾聴	Ⅱ	46	(82.1)	55	(98.2)	43	(76.8)	54	(96.4)
	共感・受容	Ⅱ	44	(78.6)	55	(98.2)	44	(78.6)	54	(96.4)
	自己一致	Ⅱ	35	(62.5)	49	(87.5)	31	(55.4)	48	(85.7)
	感情への気づき	Ⅱ	37	(66.1)	52	(92.9)	34	(60.7)	50	(89.3)
	場への配慮	Ⅱ	41	(73.2)	53	(94.6)	37	(66.1)	51	(91.1)
	他職種との連携・調整	Ⅱ	18	(32.1)	36	(64.3)	18	(32.1)	36	(64.3)

## 2) 成人看護学実習における看護技術の到達状況(大項目)

学生が、「レベルⅠ・Ⅱ」に到達したものと自己評価した看護技術を大項目別に経験率を図2に示した。慢性期、急性期共に到達率80%以上の大項目は、「コミュニケーション技術」のみであった。到達率50%以上の項目は、慢性期では、「安楽確保の技術」70%、「救命救急処置技術」63%、「環境調整技術」62%、「安全管理の技術」57%、「感染予防技術」55%、「症状・生体機能管理技術」50%であった。急性期では、「環境調整技術」72%、「安楽確保技術」70%、「救命救急処置技術」64%、「活動・休息援助技術」60%、「清潔・衣生活援助技術」57%、「安全管理技術」56%、「感染予防技術」56%、「症状・生体機能管理技術」54%、「創傷管理技術」50%であった。

したがって、技術の経験が70~80%に対し、到達率は50~60%にとどまっていることより、自信のなさが伺える。

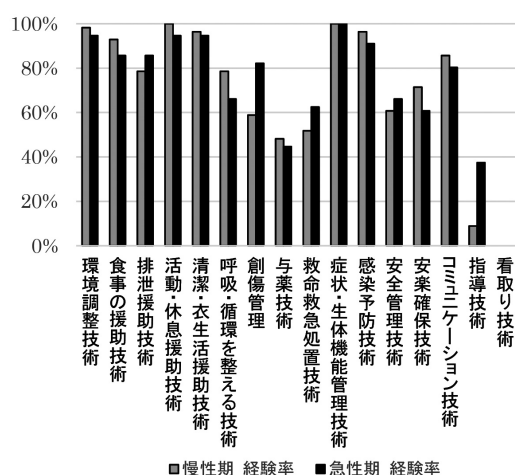


図2. 成人看護学実習で経験した技術の到達率 n=56

## 3) 小項目の看護技術の経験率と到達状況

小項目の技術の経験率と到達状況を表4に示した。

経験率では、「バイタルサイン測定」のみ全員が経験していた。経験率80%以上の看護技術は、慢性期では「快適な病床環境整備」「食事摂取状況のアセスメント」「スタンダード・プリコーションに基づく手洗い」など9項目、急性期では「清拭援助を通して観察」「患者の状態のアセスメント」など5項目であり、61/98項目が慢性期・急性期共に50%未満の経験率であった。特に、「呼吸・循環を整える技術」「与薬技術」に含まれる技術が低かった。また、「点滴中の患者の寝衣交換」「簡易血糖測定」「術後ベッド」は、学内演習で実施している技術であるが、成人看護学実習での経験率が低かった。

小項目の到達状況をみると(表4)、到達率80%以上の看護技術は、慢性期では、「オムツ交換」「臥床患者の寝衣交換」「意識状態の観察」など23項目であった。急性期では、「陰部の清潔保持」「術後、褥瘡予防のケア計画、実施」「創傷の観察」など29項目であった。一方、慢性期・急性期共に到達率の低かった看護技術では、観

察やアセスメント技術が、21項目中「栄養状態のアセスメント」系統的な症状の観察など6項目の50%以上の到達率であった。また、「呼吸・循環を整える技術」の小項目は、すべて40%未満の到達率であり、「与薬技術」においては、経皮・外用薬、直腸内与薬の前後の観察が到達率40%未満であった。

したがって、受持ち患者を通して実施できる技術は、基本的な技術や日常生活援助に限定される傾向がみられた。しかしながら、頻繁に行う観察やアセスメント技術の到達度の低さが目立った。

## 5. GSES と看護技術の経験回数との関連

## 1) 実習前の GSES と慢性期の看護技術の経験回数との関連

実習前の GSES と慢性期の看護技術の経験回数との関連を表5に示した。

実習前の GSES と慢性期の技術経験回数の相関では、技術項目の平均経験回数と相関がみられた。「GSES 合計得点」は、「症状・生体機能管理技術」( $r = 0.297$ ,  $p < 0.05$ )と弱い正の相関を示し、因子別では、「行動の積極性」は、( $r = 0.282$ ,  $p < 0.05$ )と弱い正の相関を示し、「因子 能力の社会的位置づけ」は、「清潔・衣生活援助技術」( $r = 0.281$ ,  $p < 0.05$ )と弱い正の相関を示した。

したがって、実習前の自己効力感や行動の積極性が高いほど、「症状・生体機能管理技術」の経験回数が多く、能力の社会的位置づけが高いほど、「清潔・衣生活援助技術」の経験回数が多かった。

表5. 実習前のGSESと慢性期の経験回数との関連 n=56

技術項目	GSES 合計	行動の積極性	失敗に対する不安	能力の社会的位置づけ
環境調整技術	-.015	.040	-.090	-.014
食事の援助技術	.009	.082	-.043	.044
排泄援助技術	.117	.224	.063	-.024
活動・休息援助技術	.020	.169	-.018	-.085
清潔・衣生活援助技術	.032	.057	-.197	.281*
呼吸・循環を整える技術	.070	.046	.005	.167
創傷管理	-.015	-.020	-.035	-.019
与薬技術	.138	.066	.079	.164
救命救急処置技術	-.101	-.161	-.071	.083
症状・生体機能管理技術	.297*	.282*	.133	.198
感染予防技術	.189	.243	.003	.215
安全管理技術	.005	-.071	-.032	.152
安楽確保技術	-.018	-.044	-.169	.170
コミュニケーション技術	-.038	-.185	.054	.053
指導技術	.152	.191	.158	.069
全体平均回数	.068	.096	-.015	.149

Spearman の順位相関係数 \* $p < 0.05$

## 2) 実習後の GSES と急性期の看護技術の経験回数との関連

実習後の GSES と急性期における看護技術の経験回数との関連を表6に示した。

実習後の自己効力感と急性期の技術経験回数の相関では、全体の平均経験回数と相関はみられなかった。技術項目との相関をみると、「GSES合計得点」は、「症状・生体機能管理技術」( $r=0.297, p<0.05$ )、「創傷管理技術」( $r=0.369, p<0.01$ )、「安楽確保技術」( $r=0.317, p<0.05$ )と弱い正の相関を示した。因子別では、「行動の積極性」は、「呼吸・循環を整える技術」( $r=0.304, p<0.05$ )、「創傷管理技術」( $r=0.341, p<0.05$ )と弱い正の相関を示した。また、「能力の社会的位置づけ」は、「創傷管理技術」( $r=0.405, p<0.01$ )と正の相関を示し、「安楽確保技術」( $r=0.374, p<0.01$ )と正の相関を示した。

したがって、GSES 合計の得点が高いほど、「創傷管理技術」「安全確保技術」の経験回数が多かった。また、実習後の行動の積極性が高いほど、「呼吸・循環を整える技術」、「創傷管理技術」の経験回数が多く、「能力の社会的位置づけ」が高いほど、「創傷管理技術」、「安楽確保技術」の経験回数が多かった。これらの技術は、患者に侵襲を伴う可能性や観察などを含む看護技術である。よって、自己効力感が高いほど、患者に侵襲を伴う可能性や観察などを含む看護技術を経験していることが伺える。

表 6. 実習後のGSESと急性期の経験回数との関連  $n=56$ 

技術項目	GSES 合計	行動の 積極性	失敗に対 する不安	能力の社会 的位置づけ
環境調整技術	.070	.073	-.128	.023
食事の援助技術	-.007	.098	.153	.106
排泄援助技術	.200	-.046	-.018	.092
活動・休息援助技術	.219	.239	.160	.299**
清潔・衣生活援助技術	.191	.160	.096	.249
呼吸・循環を整える技術	.142	.304*	.022	.246
創傷管理	.369**	.341*	.109	.405**
与薬技術	.135	.001	.072	.091
救命救急処置技術	.055	.146	.188	.161
症状・生体機能管理技術	.105	.017	-.102	.064
感染予防技術	.177	.205	.090	.245
安全管理技術	.116	.043	.103	.088
安楽確保技術	.317**	.244	.153	.374**
コミュニケーション技術	-.056	-.027	.149	.029
指導技術	.090	.194	.033	.179
全体平均回数	.210	.153	.127	.250

Spearman の順位相関係数 \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ 

## 6. GSES と看護技術の到達度との関連

### 1) 実習前の GSES と慢性期における到達度との関連

実習前の GSE 得点と慢性期において I・II に到達した技術の数を項目ごとに関連を表 7 に示した。

慢性期において、I・II に到達した技術項目数との相関をみると、項目ごとには相関はみられなかったが、到達した技術の合計数と「行動の積極性」に弱い正の相関がみられた ( $r=0.292, p<0.05$ )。

したがって、「行動の積極性」が高い者ほど、到達した技術の数が多かった。

表 7. 実習前のGSESと慢性期の I・II 到達の関連  $n=56$ 

技術項目	GSES 合計	行動の 積極性	失敗に対 する不安	能力の社会 的位置づけ
環境調整技術	.114	.135	.046	.093
食事の援助技術	.103	.249	-.115	.104
排泄援助技術	.155	.266	-.045	.062
活動・休息援助技術	-.009	.210	-.126	-.162
清潔・衣生活援助技術	.052	.232	-.136	.006
呼吸・循環を整える技術	-.010	.167	-.195	-.018
創傷管理	.030	.143	-.149	.010
与薬技術	.055	.092	.019	.027
救命救急処置技術	.009	-.010	.066	-.076
症状・生体機能管理技術	.151	.215	.051	.078
感染予防技術	.154	.133	.019	.077
安全管理技術	.017	.003	-.110	.120
安楽確保技術	.153	.172	-.111	.226
コミュニケーション技術	.085	-.035	.237	.013
到達した技術の合計数	.143	.292*	-.067	.029

Spearman の順位相関係数 \* $p<0.05$ 

### 2) 実習後の GSES と急性期における到達度との関連

実習後の GSE 得点と急性期において I・II に到達した技術の数を項目ごとに関連表 8 に示した。

実習後の GSES と急性期において、到達した技術項目の相関をみると、GSES 合計得点は、「コミュニケーション技術」( $r=0.281, p<0.05$ )と弱い正の相関を示した。因子別では、「行動の積極性」は、「創傷管理技術」( $r=0.328, p<0.05$ )「感染予防技術」( $r=0.291, p<0.05$ )、「コミュニケーション技術」( $r=0.291, p<0.05$ )、到達した技術の合計数 ( $r=0.320, p<0.05$ )と弱い正の相関を示した。「能力の社会的位置づけ」は、「清潔・衣生活援助技術」( $r=-0.332, p<0.05$ )、「救命救急処置技術」( $r=-0.267, p<0.05$ )と弱い負の相関を示した。

したがって、自己効力感が高い者は到達した技術の数が多く、能力の社会的位置づけが低い者は、清潔・衣生活援助技術、救命救急処置技術の到達度が低い可能性が伺える。

表 8. 実習後のGSESと急性期の I・II 到達の関連  $n=56$ 

技術項目	GSES 合計	行動の 積極性	失敗に対 する不安	能力の社会 的位置づけ
環境調整技術	.162	.215	.087	-.006
食事の援助技術	.086	.195	-.105	.036
排泄援助技術	.040	.156	-.092	-.050
活動・休息援助技術	.022	.182	-.043	-.119
清潔・衣生活援助技術	-.080	.168	-.101	-.332*
呼吸・循環を整える技術	.041	.089	.105	-.133
創傷管理	.152	.328*	-.016	-.009
与薬技術	.053	.181	-.010	-.104
救命救急処置技術	-.083	.020	-.038	-.267*
症状・生体機能管理技術	.108	.219	.038	-.088
感染予防技術	.158	.291*	.080	-.122
安全管理技術	-.021	.145	-.091	-.150
安楽確保技術	.128	.315*	-.105	.033
コミュニケーション技術	.281*	.200	.214	.130
到達した技術の合計数	.074	.320*	-.032	-.196

Spearman の順位相関係数 \* $p<0.05$



## 7. 実習時期の違いによる到達した技術数の差

実習時期別にレベルⅠ・Ⅱに到達した技術数の差を表9に示した。

成人看護学実習の前、慢性期、急性期の3群に分け、レベルⅠ・Ⅱに到達した技術数を算出し、3群間の平均値の差の検定を行った。検定の結果、実習前、慢性期、急性期の到達した技術数について、1%水準で有意な差がみられた ( $F(2) = 28.916, p < .000$ )。ボンフェローニの方法を用いて多重比較を行ったところ、実習前と慢性期および急性期、慢性期と急性期の平均点には1%水準で有意差が確認された。

したがって、慢性期、急性期と実習を重ねていくことにより、技術の到達レベルは上昇したことが伺える。

表9. 実習時期別の到達した技術数の平均値の差

	実習前	慢性期	急性期	F検定
n	56	56	56	F=28.916
平均値	38.0	50.4	56.2	df=2
SD	22.4	18.1	18.5	p<.000

注：Bonferroniによる多重比較の結果、1%水準で、  
実習前<慢性期<急性期

## Ⅵ. 考 察

### 1. 成人看護学実習における看護技術の経験状況

#### 1) 経験率について

##### (1) 経験率の高い看護技術

経験率が比較的高かった大項目は、日常生活援助に関する看護技術であり、これらは、経験する機会が多く、近年の成人看護学実習の報告<sup>7)8)9)</sup>や3年次の領域実習<sup>10)</sup>と類似した結果であった。

小項目でみると、「オムツ交換」が、慢性期・急性期共に50%以上の経験率であった。そのほかの排泄援助は30%未満であるものの経験なしの項目はなかった。これらの技術を他学<sup>7)9)</sup>の報告と比較しても経験率が高い傾向にあった。このことは、本学の成人看護学実習の特徴として、脳神経系や運動器系の疾患をかかえる高齢者を受け持つ割合が多いことから、排泄援助を経験する機会に恵まれたと考える。

##### (2) 経験率の低い看護技術

経験率の低い「与薬技術」「呼吸・循環を整える技術」は、他学<sup>7)8)9)</sup>とも類似の傾向であった。これら、患者に侵襲を伴う可能性のある技術など診療補助技術はヒューマンエラーを懸念し、臨地実習指導の過程においても指導者側の慎重な対応がなされていることから、学生が経験する機会が少ないと<sup>10)</sup>考えられる。他領域の実習の経験状況も含めて調査し、卒業時までには到達できるよう検討する必要がある。

小項目でみると、他学<sup>7)9)</sup>より経験率が明らかに低いのは、「経口薬 服薬後の観察」「静脈内注射中の管理」「点滴中の患者の寝衣交換」「簡易血糖測定」「患者を誤し

ないための防止策」「廃用症候群のリスクアセスメント」「患者の睡眠状態のアセスメント」「洗髪援助を通して観察」「口腔ケアを通して観察」「創傷発生のアセスメント」「体温調節」「安楽促進のケア」「精神的安寧を保つ計画」であった。

「経口薬 服薬後の観察」「静脈内注射中の管理」における経験率は、三浦ら<sup>7)</sup>の報告では約60%、折山ら<sup>12)</sup>の報告では80%以上あるのに対し、本学の成人看護学実習の経験率は40%に満たない。学生が、実習で「輸液管理」を経験することは可能であると思われる、折山ら<sup>12)</sup>の「輸液管理（漏れや止まっていないかの観察）」「輸液管理（副作用の観察）」のように、技術項目の表現を具体化する工夫や輸液管理の必要性の指導などを行い、学生に意識づける必要がある。

「点滴中の患者の寝衣交換」と「簡易血糖測定」も40%に満たず、三浦ら<sup>6)</sup>の報告と類似の傾向を示したが、折山ら<sup>12)</sup>の報告と比較すると相当低いことが明らかになった。本学では、これらの看護技術は学内演習において全員実施しているが、経験率の低い理由に、経験できるタイミングがあわないこと、学生、指導者共にヒューマンエラーを懸念していると考えられる。したがって、学生が経験できる機会を得られるように教員が意図的に調整を図っていく必要がある。

その他、看護過程の展開と結びつく看護技術が、他学に比較して経験率が低い傾向がみられた。それらは、「一般状態の変化に気づく」「系統的な症状の観察」の患者の基本的な観察や洗髪援助や口腔ケアの清潔援助を通じた観察、服薬の観察、廃用症候群や睡眠状態、創傷発生のアセスメント技術、体温調節や安楽のケアなどであった。小島ら<sup>13)</sup>は、病棟で比較的多く行われている技術で実施率の低い場合、学生が意図的に観察できていない可能性を指摘し、原田ら<sup>14)</sup>は、身体観察やアセスメントを観察技術と認識していない可能性を指摘している。このことより、意図的に観察・実施ができていなかったり、観察技術と認識していない可能性もある。成人看護学実習では、看護過程の展開を行うため、学生は展開の記録に精一杯で立案した看護計画に基づいて援助することが結びついていない可能性がある。したがって、看護計画とそれに基づいた実践を結びつけられるよう指導を強化する必要がある。

#### 2) 到達率について

##### (1) 到達率の高い看護技術

到達率が80%以上、他学<sup>10)11)15)</sup>より高い小項目は、「オムツ交換」「患者の疾患に応じた食事指導」「臥床患者の体位変換」「意識状態の観察」であった。

「オムツ交換」「臥床患者の体位変換」「意識状態の観察」の到達率が高かった理由は、見学や経験を重ねたことによると考える。「患者の疾患に応じた食事指導」は経験率が低いにもかかわらず到達率が高いのは、学内の演習において3回ほど経験していることより到達度が高い



と考える。以上のことから、経験を重ねることで少しずつ自信をつけていることが推測される。

## (2) 到達率の低い看護技術

成人看護学実習の到達度と他学の3, 4年次の臨地実終後の看護技術の到達度と単純には比較できないが、本学は他の領域実習とのローテーション実習であるため、到達度は他の領域実習の影響を受けた結果であることは否めない。他学<sup>10)11)15)</sup>では到達度80%以上に対し、本学では急性期終了後の段階で観察技術や清潔援助技術の到達が低かった。観察や清潔援助は学生が経験の機会を得やすい技術であるが、経験率も到達率も低い傾向から、これらの看護技術を十分身につけられていない可能性がある。飯島ら<sup>16)</sup>看護実践能力育成プロジェクトチームの報告によると、臨床の師長や指導者が新卒看護師に期待する看護実践能力は、生活行動援助にかかわる技術に期待が高かった。このことから、観察や生活援助技術については、「看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」に則った水準に到達できる支援が必要である。

成人看護学実習では、受持ち患者の疾患の病態・治療、症状や自立の程度、発達段階の違いが大きく、経験できる看護技術や難易度に差が生じやすいため、経験に幅が生じることはいかしかたないが、可能な範囲で学生が経験し到達レベルに達成できるように教員と臨床指導者が調整を図り、意図的に関わるのが重要となる。原田ら<sup>13)</sup>は、学内演習時に、学生が自信を持つことができた看護技術であれば、実習時に実施できる可能性を述べており、浅川<sup>18)</sup>らは看護技術経験率が高いほど自信度も高いことを示している。経験の機会の高い技術を実習前や帰学日に学内で練習する機会を設けたり、実施に至らなくても見学する機会や学生間での共有を通して学びの幅を補う必要がある。

今回の実態から、観察・アセスメント技術、清潔援助技術の到達に向けて早急に対策を講じる必要がある。

## 2. 自己効力感と経験した看護技術との関連

実習前後の自己効力感は、先行研究<sup>6)17)</sup>では実習後の自己効力感が有意に高まっていたが、本研究では有意差はみられなかった。だが、GSESの合計得点を低群、普通群、高群に分類してみると、低群が減少し、普通群、高群が増加していたことより、実習後に自己効力感が高まっている傾向にあると考えられる。有意差がみられなかった理由に、実習前の自己効力感について調査した時期が、3年生に進級したばかりで基礎看護学実習Ⅱの学びの振り返りを終えたばかりの時期の調査であることから、自己効力感が高まっていた可能性がある。また、GSESは一般的な自己効力感の尺度であり、幅広い場面において活用できる尺度であるため、真鍋ら<sup>19)</sup>の看護学生の臨地実習に特化した尺度を用いて再分析をしていく必要がある。

慢性期において、実習前の自己効力感や行動の積極性が高いほど「症状・生体機能管理技術」の経験回数が多く、能力の社会的位置づけが高いほど「清潔・衣生活援助」技術の経験回数が多かった。また、「行動の積極性」

が高い者ほど、到達した技術の数が高かった。これは、実習に積極的な学生ほど看護技術にも積極的に取り組み、意図的に患者の状態を観察していたと考えられる。

「清潔・衣生活援助」技術は、学生が経験する機会は多く技術力を高められる援助である。しかし、患者が羞恥心を伴い、患者の状態に応じて安全・安楽を遵守して行う援助技術であるため、患者の状態によっては難易度が高くなる。そのため、自信がない場合は消極的になったり、患者の状態を十分把握できていない場合は援助の必要性を感じない可能性がある。また、未経験による自信のなさの可能性もある。このことから、自分の能力を肯定的に捉えている学生が、積極的に清潔・衣生活援助を行っていたと考えられる。したがって、実習前に状況に応じた援助方法の思考や練習ができるように検討していく必要がある。

急性期においては、自己効力感が高いほど、「創傷管理技術」「安全確保技術」の経験回数が多かった。また、実習後の行動の積極性が高いほど、「呼吸・循環を整える技術」、「創傷管理技術」の経験回数も多く、能力の社会的位置づけが高いほど、「創傷管理技術」、「安楽確保技術」の経験回数が多かった。到達度では、自己効力感の合計得点が高いほど、「コミュニケーション技術」がレベルⅠ・Ⅱに到達している者が多く、行動の積極性の得点が高い者ほど、「創傷管理技術」「感染予防技術」「安全確保技術」においてレベルⅠ・Ⅱに到達している技術数が多かった。これらの技術は急性期に経験の機会が多い技術であるが、患者の状態や変化を考慮した援助が必要となり難易度が高くなるため、自分の能力を肯定的にとらえ、積極的に行動できる学生が経験していたと考えられる。一方、実習後の「能力の社会的位置づけ」が低い者ほど、「清潔・衣生活援助技術」「救命救急処置技術」においてレベルⅠ・Ⅱに到達している技術数が少なかった。清潔援助などの看護技術は、患者の回復過程に対応した援助が必要であり、タイミングを逃し経験できないこともある。Bundura (1977)<sup>1)</sup>は、ある行動をする際にどれくらい遂行できるかという確信の程度を表す自己効力感が、行動の開発や意欲を向上させる「効力予期」を人は持っていることを示しており、効力予期が高ければ自信をもって取りくみ、自信がなければ消極的になる。臨地実習での経験率が高いほど、学生の看護技術に対する自信度を高め<sup>18)</sup>、日常生活の援助を通して患者との信頼関係を深め達成感を得ていく<sup>6)</sup>ことから、消極的な学生には、共に実施しできることを少しずつ増やしてきたことを承認するなど、達成感を得られるような関わりが学生の自己効力感の向上や積極性に繋がると考えられる。

自己効力感は、自然発生的に生じてくるのではなく、自分で実際に直接体験し、成功体験をする「遂行行動の達成」、他人の行動を観察し、代理的経験をする「代理的経験、自己強化や他人からの励ましや説得を受ける」「言語的説得」、生理的な反応の変化を体験してみる「情動的喚起」といった情報源を通じて個人が自ら作り出していくものである。したがって、モデリングを活用したり、スモールステップで達成体験を増やし、さらには、賞賛、

承認、励ましなどにより、行動意欲を高める支援が必要である。

今回の調査において、自己効力感が低い学生は、自信のなさから消極的になり、経験できる技術を逃しがちであることが示唆された。今後は、自己効力感が低い学生と看護技術経験との関連を明らかにし、自己効力感が高められる指導方法を検討していく。

## VII. 今後の課題

看護技術の経験については、総合的な視点で領域実習の経験率や達成状況を評価し統合実習に繋げて卒業時の到達状況を把握する必要がある。

本研究では、成人看護学実習に特化した自己効力感の調査の時期と慢性期および急性期の実習の履修時期にばらつきがあるうえ、他領域の実習のバイアスの影響が否めない。今後は、調査時期を検討し、自己効力感が低い学生と看護技術経験との関連を明らかにする必要がある。また、学生の自己効力感に影響する要因について実習環境、記録などの学修状況、指導者や教員の関わりなどから明らかにし、学生が自己効力感を高め、看護実践能力を高められる教育が課題である。

## VIII. 結 論

成人看護学実習では、オムツ交換の到達率が高く、看護技術の経験を重ねることにより自信をつけていくことが推測された。しかし、観察技術や清潔援助技術の到達率が低い傾向にあるため、早急に検討する必要がある。

自己効力感が高い者ほど積極的に看護技術に取り組む姿勢が示唆されたが、自分の能力を肯定的に捉えることが苦手な学生は、消極的になる傾向がみられた。

以上より、自己効力感と技術の経験率の関連は、推測の域を出なかったが、本研究によって自己効力感の高い者は、経験率が高いことが実証された。

## 文 献

- 1) Bandura, A: Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavior change. Psychological Review, 84: 191-215, 1977.
- 2) 山崎章恵, 百瀬由美子, 阪口しげ子 他: 看護学生の臨地実習前後における自己効力感の変化と影響要因. 信州大学医療技術短期大学部紀要, 26: 25-34, 2001.
- 3) 石井あゆみ, 藤田和加子, 瀧本美佐子 他: 基礎看護学実習 I 前後の自己効力感の変化. 大阪信愛女学院短期大学紀要, 48, 33-39, 2014.
- 4) 厚生労働省. (2007) 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書 (アクセス日 2017.2.18) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf>

- 5) 坂野雄二, 東條光彦: 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み. 行動療法研究, 12(1): 73-82, 1986.
- 6) 合田友美, 三浦浩美, 舟越和代: 小児看護学実習における看護学生の自己効力感と実習指導評価との関連. 香川県立保健医療大学雑誌, 6: 15-22, 2015.
- 7) 三浦恭代, 山中政子, 平賀元美 他: 成人看護学実習における看護技術経験の実態. 千里金蘭大学紀要, 13: 125-133, 2017.
- 8) 齋藤貴子, 荻原麻紀, 新田純子他: A 大学成人看護学実習における看護技術経験の経時的推移. 日本赤十字秋田看護大学日本赤十字秋田短期大学紀要21: 55-61, 2017.
- 9) 辻村弘美, 堀越政孝, 武居明美他: 成人看護学実習における看護基本技術の経験度に関する検討 新カリキュラム導入前後の比較. 群馬保健学紀要, 29: 21-30, 2009.
- 10) 東 雅代, 村井嘉子, 大場みゆき他: 臨地実習における看護技術修得状況の実態(2009年報告). 石川看護雑誌, 8: 61-71, 2011.
- 11) 増満 誠, 藤野靖博, 櫛 直美他: 新旧カリキュラムにおける臨地実習での看護技術習得状況. 福岡県立大学看護学研究紀要, 14: 65-73, 2017.
- 12) 折山早苗, 岡本亜紀: 看護学生の実習での技術経験の実態と主観的到達度に影響を及ぼす因子 中国地方の複数の看護系教育機関を対象とした分析. 日本看護科学会誌, 35: 127-135, 2015.
- 13) 小島悦子, 草薙美穂, 鹿内あずさ 他: 看護大学3・4 年次生の臨地実習における看護技術の経験と到達度の認識. 天使大学紀要, 12: 1-13, 2012.
- 14) 原田真里子, 新田純子, 長内志津子 他: 成人看護臨床実習における看護技術の実施・習得状況および今後の課題. 弘前学院大学看護紀要, 4: 11-24, 2009.
- 15) 佐藤公美子, 鳥谷めぐみ, 仲田みぎわ 他: 看護技術学習ノート」に見る看護技術到達度の実態. 札幌医科大学札幌保健科学雑誌(5), 59-68, 2016.
- 16) 中本明世, 富澤理恵, 森岡広美 他: 成人看護学実習において自己効力感を高める実習指導の検討. 千里金蘭大学紀要, 13: 49-57, 2017.
- 17) 浅川和美, 高橋由紀, 川波公香 他: 看護基礎教育における看護技術教育の検討. 茨城県立医療大学紀要, 13: 57-67, 2008.
- 18) 眞鍋えみ子, 笹川寿美, 松田かおり他: 看護学生の臨地実習自己効力感尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討. 日本看護研究学会雑誌, 30(2): 43-53, 2007.
- 19) 看護実践能力育成プロジェクトチーム: 新卒看護師に期待される看護実践能力達成度の検討—病棟棟長および指導看護師に対する意識調査より—. 愛知県立看護大学紀要, 14: 29-36, 2008.

## Relationship between Technical Experience Level and Self-Efficacy in Clinical Practice of Adult Nursing

Chikako ODA, Harue ADACHI, and Nana ITOU

**Abstract** : Clinical training in basic nursing education is important to acquire practical nursing ability as it integrates knowledge and technology. This study aimed to obtain educational data by investigating the state of the technology experienced by students in adult nursing practice using the contents of “nurse/public health nurse teaching skill items and achievement level at the time of graduation” presented by the Ministry of Health, Labour and Welfare in 2007, and to examine the relationship between technical experience and Self-Efficacy. Five technology items, including “symptom and biological function management assistance” and “activity/rest aid,” had a high experience rate. Further, students’ confidence increased after gaining technical experience through nurse training in chronic and acute diseases. It was found that the higher the score of “aggressiveness of action,” the higher their chances of reaching experience level I and II. On the other hand, the lower the score of “social position of ability,” the less likely they were to reach experience level I and II. It was also found that the higher the self-efficacy, the higher the experience rate. Nursing students engaged in clinical training to proactively acquire nursing techniques. In contrast, the data suggested the possibility that they would lack confidence and be passive when the “social position of ability” was low.

**Keywords** : nursing student / clinical training / nursing skills / achievement situation / Self-Efficacy